

092-714-1880

紅白演芸合戦出場者受付事務局

笑って健康フィスティバル

紅白演芸合戦参加申込書

下記の通り、笑って健康『紅白演芸合戦』に、出場を申し込みます。

平成 年 月 日

ふりがな			
氏名又は 団体名			
ふりがな			代表者年齢
団体代表 者氏名			
連絡先 住所	〒		
連絡先 電話番号	()	携帯電 話番号	()
芸 歴 (活動歴)			
出演演目	〔漫談・講談・落語・にわか・コント・寸劇・歌謡・民謡・演奏・舞踊・ダンス・大道芸・曲芸〕 〔マジック・パントマイム・マジックバルーン・その他 () 〕		
エントリー料 1組2,000円			
演目タイトル		演者名	
運 営 項 目	参加演出する関係人数 _____ 名 演目時間 (_____ 分 ※15分以内)		
	持ち込み用具 (有 ・ 無 : _____)		
	控え室使用 (不要 ・ 必要 : 着替え人数 / 男性 _____ 名 ・ 女性 _____ 名)		
	使用音源 (カセットテープ _____ 本、CD _____ 枚、MD _____ 枚)		ポスター及び応援券枚数
	マイク使用本数 (_____ 本 【希望マイク: 有線 ・ ワイヤレス】)		ポスター _____ 枚 / 券 _____ 枚

※この申込書を下記の事務局まで、郵送又はFAX、メールにて提出してください。

事
務
局

出場者申込み及びお問合せ先
第四回紅白演芸合戦出場者受付

NPO法人 **博の笑い塾**

〒810-0074 福岡市中央区大手門1丁目2-19

TEL&FAX: 092-

E-mail: npo.warai@per-japan.co.jp

「紅白演芸合戦出場者のみなさん！」

合言葉は



今年の紅白に
出場するぞ！